

THESIS

MUNICH

1967⁴

Ileus nach
gynäkologischen Erkrankungen
und Eingriffen

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

MONIKA HOHLBAUM



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der chirurgischen Klinik der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Zenker

ILEUS NACH GYNÄKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN
UND EINGRIFFEN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Monika Hohlbaum
aus Ellingen.

München 1967

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Doz. Dr. R u e f f

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Z e n k e r

Dekan: Prof. Dr. H o l l e

Tag der mündlichen Prüfung: 5.12.1967

EINFÜHRUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Begriff und Krankheitsbild des Ileus sollen bereits in der altgriechischen Medizin bekannt gewesen sein. Heute führt man den Wortstamm entweder auf *ἐλύνειν* = winden, oder auf *ἐλκεῖν* = bemitleiden zurück. Nach KLEINSCHMIDT (21) und Hohlbaum (21) haben bereits Hippokrates (15) und Galen (10) das Wort "Ileus" für das Krankheitsbild der Darmverschlingung verwendet. Bei ARETAEUS VON KAPADOZIEN findet sich auch eine klinische Beschreibung, jedoch ohne genauere Darstellung der Ätiologie. Auch in der früheren indischen Medizin wird die Beschreibung der Anlegung einer Darmfistel gegeben. Der Ileus war also schon zu allen Zeiten und bei allen Völkern den Ärzten ein vertrautes Krankheitsbild. Die Kenntnis der Ursachen des Ileus und seine Behandlung liessen sich jedoch erst in unserer Zeit, d.h. nach der Entdeckung der Asepsie und ihre Anwendung in der Chirurgie entscheidend verbessern, denn bis zu diesem Zeitpunkt hatte die Therapie rein konservativ sein müssen.

Ende des vorigen Jahrhunderts forderte erstmals WILMS (42) ein sofortiges operatives Eingreifen bei Darmverschlüssen. Er wies dabei eine Statistik mit einer Heilungsziffer von 53,3 % vor. Die damals übliche rein konservative Therapie wies eine Heilungsziffer von 10 % auf. Schon damals wurde auch die Wichtigkeit eines möglichst frühen operativen Eingreifens herausgestellt.

Während HIPPOKRATES (18) und spätere eine entzündliche Ursache des Ileus annahmen, änderte sich diese Meinung zum Teil im Laufe des 17. Jahrhunderts durch die Fortschritte der pathologischen Anatomie.

Die patho-physiologische Seite (Mineralhaushalt, Eiweißhaushalt, Lipidstoffwechsel und lokalchemische Vorgänge in der Darmwand) wurde jedoch erst in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts erforscht und brachte entscheidene neue Gesichtspunkte für die Therapie.

Der große Fortschritt in der Bauchchirurgie, der für die erfolgreiche Therapie des Ileus von unschätzbbarer Bedeutung war, brachte aber gleichzeitig eine neue und leider sehr häufige Ursache für das Entstehen eben dieses Krankheitsbildes.

Es ist das Problem der postoperativen Adhaesionen, womit die Entwicklung der Bauchchirurgie bezahlt werden muß.

Im folgenden soll an Hand von 150 Ileusfällen, die in einem Zeitraum von 13 Jahren und zwar von 1950 - 1963 an der chirurgischen Klinik der Universität München behandelt wurden, der Ileus nach gynäkologischen Operationen und radiotherapeutischen Eingriffen untersucht werden.

DEFINITION

Als Ileus wird nach DICK (5) eine völlige, andauernde Unterbrechung des Transportes des Darminhalts, sei es infolge funktioneller Störungen, sei es infolge mechanischer Ursache, verstanden. Der regelrechte Weitertransport des Darminhalts setzt sowohl eine Durchgängigkeit des Darmrohres, als auch eine ungestörte Funktion des motorischen Apparates voraus.

Beide Funktionen, oder auch nur eine von beiden können nun durch die verschiedenen Ursachen ge-

stört sein.

Das folgende Schema der verschiedenen Gründe für das Entstehen einer Passagestörung wird zitiert nach einer Monographie von HEUSSER (19).

I. Mechanischer Ileus:

mechanische Verlegung des Darmlumens.

a) Oklusion: keine primäre Zirkulationsstörung.

Beispiele: Tumor, Striktur, Verwachsung,
Stein, Askariden, Fremdkörper.

b) Strangulation: primäre Zirkulationsstörung.

Beispiele: Umschnürung, Brucheinklemmung,
Achsendrehung.

II. Funktioneller Ileus:

Störung der treibenden Kräfte

a) Schädigung der Darmwand: Muskulatur, Plexus,
Nervenendigung

1) Paralytischer Ileus:

Beispiele: Peritonitis, Mesenterialthrombos,
o.-Embolie, Gärungsileus oder Darm-
trauma.

2) Spastischer Ileus:

Beispiele: Geschwüre, Fremdkörper, Askariden

b) Reflektorischer und neurogener Ileus:

1) Paralytischer Ileus

Beispiele: Wirbelfrakturen, Gallensteine
und Nierensteinkoliken, stumpfe
Bauchverletzungen, retroperitona-
les Hämatom, Pneumonie, Appoplexie.

2) Spastischer Ileus:

Beispiele: Tabes, Vergiftungen (z.B. Blei).

In dem hier zu diskutierenden Kollektiv (s.S. 3)
steht der mechanische Okklusions- und Strangula-
tionsileus an erster Stelle, es folgt der funktio-
nelle paralytische Ileus.

Zu vernachlässigen sind in unserem Material der
spastische und der neurogene Ileus.

Als gynäkologischer Ileus soll in der vorliegenden
Arbeit nicht der häufig vorkommende und oft be-
schriebene Ileus auf der Basis gynäkologischer
"Spontanpathologie" verstanden werden. Dazu wür-
den gehören der reflektorische paralytische Ileus
auf Grund einer Stieldrehung oder einer Extrauterin-
gradidität, der mechanische Ileus durch Adhaesions-
bildung bei entzündlich veränderten Ovarialtumoren,

bei subserösen Myomen, bei Entzündungen der Genitalorgane und durch Verwachsungen nach Tubaraborten. Im Rahmen dieser Arbeit soll vor allem das Problem des Ileus auf Grund einer operativen oder strahlentherapeutischen Behandlung gynäkologischer Leiden diskutiert werden.

DIAGNOSE DES ILEUS

Der Weg zur Diagnose führt im Falle des Ileus über den klinischen Befund, die Laboratoriumsuntersuchungen, sowie die röntgenologische Abdomenleeraufnahme im Stehen, und, wenn nötig, die Probelaparotomie.

Bei der Erhebung der Vorgeschichte ist die Frage nach Unterleibsentzündungen, Blastomen, Laparotomien, Strahlentherapie, Gallensteinen, Wurmerkrankungen wichtig.

Klinisch sind folgende Befunde charakteristisch:

a)Verhaltung von Stuhl und Winden, Klagen über starke Schmerzen

Koliken: bei mechanischem Ileus

Dauerschmerz: bei paralytischem Ileus

- b) Übelkeit und Erbrechen, der Inhalt ist vom Sitz des Hindernisses abhängig
 - c) Singultus: ebenfalls vom Sitz des Hindernisses abhängig
 - d) Meteorismus und Darmsteifungen
 - e) Verfallenes Aussehen mit halonierten Augen, spitzer Nase und kaltem Schweiß (Facies Hippocratica)
 - f) Auskultatorisch findet sich:
 - beim mechanischen Ileus: vermehrte Peristaltik mit Stenosegeräuschen
 - beim paralytischen Ileus: "Totenstille" im Abdomen
 - g) Die Körpertemperatur ist im allgemeinen nicht erhöht, der Puls jedoch klettert schon halbstündig in die Höhe.
- Alle diese Symptome zusammen finden sich jedoch beim größten Teil der Patienten nicht.

Mc CUNE (26) und KESHISHIAN (26) fanden bei 46 Patienten, von denen 35 einen mechanischen Ileus hatten

Meteorismus	86 %
Erbrechen	80 %
Schmerzen	70 %
vermehrte Peristaltik	57 %

DICK (5) ist der Meinung, daß schon das Vorhandensein eines dieser Symptome zu der Verdachtsdiagnose Ileus berechtigt.

Die LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN sind zwar nicht unabdingbar zur Sicherung der Diagnose, sind aber ein wichtiges Hilfsmittel zur Klärung des Stadiums der Krankheit.

- a) Im Blut: Eine Erhöhung der Erythrozytenzahl und des Hämatokritwertes (s.S. 15);
- b) Im Urin: Eiweiß und Indikan sind mengenmäßig vermehrt, das spez. Gewicht ist erhöht.

Die RÖNTGENUNTERSUCHUNG.

Eine Kontrastbreidarstellung muß beim akuten Ileus vermieden werden, da sie eine zusätzliche Auffüllung des bereits geschädigten Darmes bedeuten würde. Beim Dickdarmverschluß kann eine Irrigoskopie sehr nützlich sein. Verlangt werden

muß für die Diagnose des Ileus jedoch eine Röntgen-Leeraufnahme des Abdomen. Die Aufnahme soll im Stehen und nur im Notfall im Sitzen oder in Rückenlage gemacht werden. Gasansammlungen im Dickdarm oder im Magen sind physiologisch, im Dünndarm müssen sie jedoch als pathologisch angesehen werden. Aber erst wenn die Gasansammlung mit einer Erweiterung der Darmschlingen verbunden ist, besteht der dringende Verdacht auf einen Darmverschluß.

Die röntgenologischen Befunde ermöglichen bei einem Teil der Fälle eine Lokalisation des Hindernisses. Eine auf das Colon beschränkte Gasfüllung weist auf einen Dickdarmverschluß hin. Die isolierte Dünndarmblähung spricht für einen Dünndarmverschluß. Tritt zu dieser Gasfüllung noch eine Flüssigkeitsansammlung hinzu, sieht man im Röntgenbild typische Spiegelbildungen. Sie sind ebenso wie die Gasfüllung schon 1 - 2 Stunden nach Eintritt des Ileus zu finden. Das Vorhandensein eines einzigen Spiegels berechtigt bereits zum Ileusverdacht. Aus der Lage der Spiegel kann auf die Lage des Hindernisses geschlossen werden.

Diese Abhängigkeit der Verteilung der Dünndarm-
spiegel von der Lage des Hindernisses soll durch
folgende Schema von Reifferscheid verdeutlicht
werden.

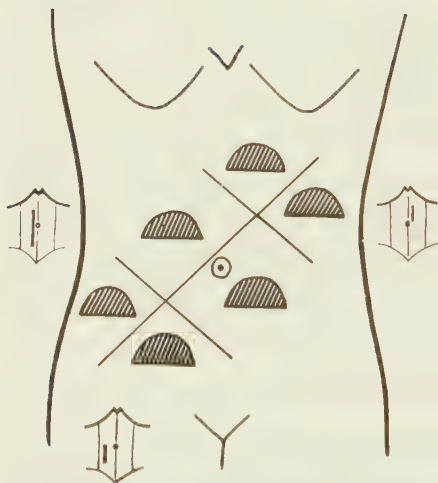


Abb. 125. *Darmverschuß*. Die typische Lage der
Dünndarmröntgenspiegel. Links oben: hohes Jeju-
num; in der Mitte: mittlerer Dünndarm; rechts
unten: unterer Dünndarm.

Für die Therapie ist die Differentialdiagnose zwischen mechanischem und paralytischem Ileus wichtig. Im Initialstadium ist diese verhältnismäßig leicht, da der mechanische Ileus durch motorische Unruhe, Kolikschmerzen, lokalen Meteorismus und Hyperperistaltik gekennzeichnet ist. Der dynamische bzw. paralytische Ileus zeigt die "Totenstille in abdomine" sowie einen mehr diffusen Meteorismus und Dauerschmerz. Da aber in späteren Stadien die mechanische Komponente immer durch die dynamische ersetzt wird, ist die Differentialdiagnose zwischen ursprünglich mechanischem und ausschließlich dynamischem Ileus dann meist nicht mehr möglich. Gerade der postoperative Ileus ist, wie GRAUPNER und KRAMER (23) an großen Beobachtungsreihen gezeigt haben, meist ein gemischter Ileus im Sinne HABERERS (15). Dieser ist der Meinung, daß ein lokal entzündlicher Prozeß in der Bauchhöhle die unmittelbar betroffenen Darmschlingen in ihrer Transportfähigkeit derart lähmt, daß sie für den vorgeschalteten Darmteil wie ein mechanisches Hindernis wirken. Ebenfalls von Bedeutung für die Therapie ist die

Klärung, ob eine Zirkulationsstörung vorliegt oder nicht.

Der Strangulationsileus ist charakterisiert durch den plötzlichen Beginn mit heftigsten Schmerzen und Kreislaufverfall, das rasch generalisierte Schockbild und das reflektorische Erbrechen.

Beim Obturationsileus ist der Beginn schleicher, es sei denn, es ist wie bei der Kot- und Gallensteineinklemmung eine spastische Komponente mit dabei. Das Schockbild ist protrahierter und die Blutchemie verändert sich nur langsam.

Die Peristaltik zeigt Unterbrechungen, Abgang von Stuhl und Winden ist in beiden Fällen weiterhin möglich. Diese Differentialdiagnosen sind zwar wichtig, wichtiger ist aber eine rechtzeitige Therapie und das Vermeiden jeglichen Zeitverlusts, wie ihn die Differentialdiagnose der einzelnen Ileusformen oft mit sich bringen würde. Die Wichtigkeit des möglichst frühen operativen Eingreifens nach Versagen der konservativen Mittel zeigt eine Statistik von FUCHS IG und MARESCH (8). Sie fanden eine Sterblichkeitsquote

am ersten Tag	5 %
am zweiten Tag	18 %
am dritten Tag	49 %
am vierten Tag und später	58 %

An klinischen Befunden, die zur Klärung der Diagnose führten, fand sich in unseren Krankenblättern folgendes:

Von 150 Patienten hatten:

Meteorismus	69 mal =	46 %
Brechreiz und Erbrechen	55 " =	36,7 %
Kolikschmerz	35 " =	23,3 %
Sistieren von Stuhl und Winden	27 " =	18 %
Stenosegeräusche vorhanden	23 " =	15,3 %
Abwehrspannung	18 " =	12 %
Dauerschmerz	18 " =	12 %
Obstipation	16 " =	10,7 %
Singultus	6 " =	4 %
Tastbare Resistenzen	8 " =	5,3 %
Darmsteifen	5 " =	3,3 %
Sistieren von Stuhl	5 " =	3,3 %
Diarrhoen	3 " =	2 %
Harnverhaltung	3 " =	2 %
Röntgenologisch fand sich:		
Spiegelbildung	52 " =	34,7 %
abnorme Gasfüllung	12 " =	8 %

Tabelle I

Da die Patientinnen durchweg mit hochakutem Krankheitsbild in die Klinik kamen, wurden ausführlichere differentialdiagnostische Überlegungen in den meisten Fällen nicht verfolgt, da sie für die Therapie keine wesentliche Bedeutung gehabt hätten.

PATHOPHYSIOLOGIE UND THERAPIE DES ILEUS

Jeder nicht mechanische Stop, aber auch die Darmparalyse führt zu einer Überfüllung des Darmes mit Flüssigkeit und Gasen. Durch die Überdehnung des Darmes kommt es zu einer Venenkompression und damit zu einer Unterbrechung der Resorption von Flüssigkeit und Gasen. Da aber die Arterien offen bleiben, hält die Flüssigkeitszufuhr weiter an. Auch verschluckte atmosphärische Luft als Hauptlieferant für Darmgase, tritt in den Darm ein. Im Darm selbst, im Mesenterium und in der freien Bauchhöhle kommt es zum Austritt einer eiweißreichen, plasmaähnlichen Flüssigkeit. Ansammlung von Flüssigkeit und Erbrechen führen

zu einem Verlust von Wasser und Elektrolyten,
zu Bluteindickung und Blutdruckabfall.

Diese Störungen verstärken einander und führen
zum Bild des Schocks. Diesem Circulus vitiosus
fällt der unbehandelte Kranke zum Opfer.

Eine wesentliche Aufgabe der Therapie ist es,
diesen Kreis prä- und postoperativ zu unterbre-
chen.

PRAOPERATIVE MASSNAHMEN

1. Noch vor der Röntgenkontrolle soll eine Dauer-
sonde in den Magen gelegt werden.
2. Intravenöse Tropfinfusion von Plasma oder
Serum.
3. Kontrolle der Elektrolyte und Substitution.
4. Breitbandantibiotica i.v..
5. Keine orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.
6. Keine starkwirkenden Anticholeretika verab-
reichen.
7. Die Darmpassage auf konservativem Wege in
Gang zu bringen.versuchen,

a) durch hohen Hebe- und Senkeinlauf.

b) Dauertropfinfusionen mit Bepanthen
und Prostigmin.

Vielfach, so auch an unserer Klinik, wird heute beim Dünndarmileus statt der Magensonde die Miller-Abbotsonde verwendet, die für das Absaugen von Darminhalt im oberen Dünndarm geeignet ist. Diese Sonde besteht aus einem 3,10 m langem Schlauch, der in sich ein zweites Lumen enthält. Dieses endet in einem weichen, aufblasbaren Ballon. Dadurch soll das Aufsteigen des Darminhalts entlang der Sonde nach oben verhindert werden. HEGEMANN (17) rät zur Zurückhaltung im Gebrauch, vor allem, wenn man glaubt die Operation dadurch verhindern zu können. Sie soll nach seiner Meinung nur beim partiellen durch Verwachsungen, Entzündungen und Peritonealcarcinose verursachten Ileus angewandt werden.

MIKULICZ RADECKI (28) empfiehlt die Miller-Abbot-Sonde für den gynäkologischen Bereich, besonders bei postoperativen Lähmungen und für den paralytischen Ileus bei entzündlichen Vorgängen im kleinen Becken. Eine Kontraindikation

stellt nach der Meinung beider Autoren der tiefe Dickdarmverschluß und der Strangulationsileus dar.

Eine weitere Maßnahme vor der Operation empfiehlt REISCHAUER (35), der im Adhäsionsileus einen gemischten Ileus im Sinne HABERERS (15) sieht. Hier ist es vordringlich die Spasmen zu lösen, was durch Gabe von Evipan (1 g i.m.) erreicht wird.

Zur Behebung des paralytischen Ileus geben BIGUTAY und andere (1963) eine neue Methode an. Sie arbeiten mit dem Prinzip des Pacemakers, wie er bei Herzrhythmusstörungen angewendet wird. Dabei kommt die eine Elektrode in den Magen, die andere wird auf der Bauchwand befestigt. Beide werden mit dem gastrointestinalen Pacemaker verbunden. Dieser wird so eingestellt, daß er seine Impulse im Abstand von einer Minute setzt. Die Autoren berichten über 40 Patienten, die mit dieser Methode erfolgreich behandelt worden sind. Bei unseren Patienten wurde sie nicht angewendet.

DIE OPERATIVEN MASSNAHMEN

Diese verfolgen drei Ziele:

1. Feststellung des Passagehindernisses,
2. Beseitigung des Hindernisses und des geschädigten Darmes,
3. Entleerung des gestauten Darminhalts (Absaugen). Anlegung einer Fistel, bezw. eines anus praeter,
4. Herstellung eines Umgehungsweges.

Auf die Beschreibung aller von der Literatur angegebenen operativen Methoden soll im Rahmen dieser Arbeit verzichtet werden. Lediglich diejenigen Methoden, die bei unseren Patientinnen zur Anwendung kamen, sollen aufgeführt werden.

Siehe auch Tabelle

Es gelangten zur Anwendung:

1. Umgehungsoperation:

Ileotransversostomie

Transversosigmoideostomie

Ileosigmoideostomie.

Dabei besteht die Möglichkeit einer Seit zu Seit, einer End zu End und einer End zu Seit-Anastomose.

- 2.

2. Palliative Operationen:

Anus praeter sigmoideus

Anus praeter transversalis

Dünndarmfistel.

Als postoperative Maßnahmen sollen durchgeführt werden:

1. Ingangbringen der Peristaltik durch Prostigmin, Bepanthen oder Hypophysin.

Wärmeapplikationen durch Lichtbogen oder Thermophor unterstützen diese Maßnahmen.

2. Frühes Aufstehen wirkt mobilisierend auf den Darm.

ILEUS NACH GYNÄKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN UND EINGRIFFEN

PARKER (32) zeigt an Hand einer Statistik von 412 Ileus-Fällen nach gynäkologischen Erkrankungen, daß bei 90 % dieser Fälle eine Laparatomie vorausging. Am häufigsten, nämlich in 34 % war eine gynäkologische Operation durchgeführt worden. Bei Schulze-Warnecke (37) war die Voroperation in allen Fällen eine gynäkologische. PATAKY (33) nennt 110 Fälle, bei den 59 mal eine

Laparatomie in der Vorgeschichte zu finden war und zwar in 72 % der Fälle eine gynäkologische Laparatomie:

	Zahl d.Fälle	Laparatomien	
		Chir.	Gyn.
PARKER	412	90 %	34 %
PATAKY	110	54 %	72 %
SCHULZE-WARNECKE			40 %

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, daß der postoperative Ileus im gynäkologischen Krankengut häufiger anzutreffen ist, als im chirurgischen. Als Ursache dafür ist einmal die Häufigkeit der malignen Genitalerkrankungen der Frau mit kontinuierlichem Übergreifen auf den Darm oder ausgedehnter Metastasierung im kleinen Becken anzusehen. Zum zweiten ist die Gefahr der postoperativen Adhaesionsbildung nach gynäkologischen Laparatomien besonders groß. VAN GELDERN (//) schreibt: "Unter den Bauchschnitten dürften die gynäkologischen im Bezug auf den postoperativen Darmverschluß den schlechtesten Ruf haben.

Als dritte Ursache sind die besonderen anatomischen Verhältnisse des weiblichen Genitaltraktes zu nennen, die eine Keimascension leichter machen. Die gynäkologische Therapie, die bei unseren 150 Kranken in einem Zeitraum von 13 Jahren

und zwar von 1950 - 1963 dem Ileus vorausgegangen war, war entweder rein operativ, rein radiotherapeutisch oder eine Kombination beider Behandlungsmethoden.

Für die operativen Maßnahmen kamen dabei in Frage:

1. Einfache Exstirpation des Uterus auf abdominalem oder auf vaginalem Wege, wie sie beim Uterus myomatosus, bei cystisch-glandulären Hyperplasien der Uterusschleimhaut und ähnlichen gutartigen Erkrankungen gemacht wird.
2. Die einfache Exstirpation von Uterus und Adnexen wie sie bei den Corpuscarcinomen, die noch nicht auf die Cervix übergegriffen haben, und den Ovarialmalignomen in Anwendung kommt.
3. Die Radikaloperation von Uterus und Adnexen
 - a) nach Wertheim auf abdominalem Wege, wobei Uterus und Adnexe, ein Teil der Vagina und ein Großteil des parametranen und paravaginalen Bindegewebes entfernt werden.
 - b) Nach Schauta, auf vaginalem Wege, wobei auf Entfernung der Lymphknoten verzichtet wird, aber eine radikale Entfernung des Para-

Gewebes möglich ist.

Diese beiden Methoden sind vor allem dem Collum-Carcinomen vorbehalten.

4. Die einfache Entfernung der Ovarien bei cystischer Degeneration, bezw. die Exstirpation der Cyste unter Belassung eines Teils des Ovars.

Strahlentherapie:

- 1) Reine Röntgenbestrahlung oder eine Bestrahlung mit radioaktiven Substanzen.
- 2) Kombination von Radium und Röntgen, die für die meisten gynäkologischen Anwendungsbereiche empfohlen wird.

Die Strahlentherapie kann isoliert oder mit operativen Maßnahmen kombiniert angewandt werden. Als präoperative Maßnahme wird sie vielfach abgelehnt, da sie eine vermehrte Blutungsneigung intra operationem zur Folge haben soll. Als postoperative Bestrahlung hat sie die Mortalitätszahlen, vor allem des Collum-Carcinoms, zum Sinken gebracht.

Ihre weiteren Anwendungsbereiche sind:

1. Endometriosen.
2. Klimakterische und andere gutartige Genitalblutungen.
3. Myome.
4. Genitaltuberkulose.

Bei diesen nicht malignen Erkrankungen dient sie meist zur Kastration der Patientinnen. Da in vielen Fällen die genaue gynäkologische Behandlungsform und ihre Ursache nicht sicher zu klären war, mußten wir die Angaben der Kranken zur Grundlage der folgenden Tabelle machen:

<u>Op.</u>	<u>Op. + Ra.</u>	<u>Ra.</u>
87	49	14
57,9 %	32,7 %	9,3 %

Tabelle 2

Die Leiden, die die Patientinnen dabei zum Gynäkologen geführt hatten, waren in folgender Häufigkeit vertreten:

Endomyometrose	1	=	0,6 %
Uterus myomatosus	18	=	12 %

Uterus malignom	10	=	6,6 %	} 28,6 %
Carcinoma colli	28	=	18,7 %	
Carcinoma corpus	5	=	3,3 %	
Uterus prolaps	3	=	2 %	
Retroflexio uteri	3	=	2 %	
artefizieller Abort	1	=	0,6 %	
Ovarialmalignom	28	=	18,7 %	
Tubargravidität	5	=	3,3 %	
Ovarialcyste	10	=	6,6 %	
Pyosalpinx	1	=	0,6 %	
Tuberkulose	1	=	0,6 %	
Genitalblutungen (gutartig)	3	=	2 %	
Vaginal-Ca	2	=	1,3 %	

Tabelle 3

bei 31 Patientinnen war nur die Therapie angegeben worden und zwar:

Uterus exstirpation	3 mal	=	2 %
Ovarektomie	18 mal	=	12 %
Unterleibsoperation.	3 mal	=	2 %
Sectio cäsarea	6 mal	=	4 %
Eileiterunterbindung	1 mal	=	0,7 %

Auffallend ist bei unseren Patientinnen die hohe Zahl der Ovarialmalignome. Bei den insgesamt 28 Frauen mit Ovarialcarcinomen waren in 21

Fällen der Ileus durch Metastasen bzw. kontinuierliches Übergreifen von Rezidiven verursacht worden.

Von diesen hatten 19 eine kombinierte operative und radiologische Therapie erhalten. Diese Zahlen erscheinen im Verhältnis zu den relativ guten Heilungsaussichten der Ovarialcarcinome hoch.

Jedoch machte sich hier die Neigung der Ovarialcarcinome in den Darm zu metastasieren und vor allem auf den Dünndarm überzugreifen, bemerkbar. Auch findet sich ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz für den Anteil der sectio cæsareae.

Hier spielt die besondere Disposition des Organismus während der Schwangerschaft eine Rolle.

Von unseren 6 Patientinnen hatten 3 einen Adhäsionsileus und 3 einen postoperativen, paralytischen Ileus. Das Zustandekommen einer Darmlähmung nach einer sectio cæsarea wird durch die schon physiologische Schlaffheit des Darmes und der glatten Muskulatur während der Schwangerschaft begünstigt.

Ähnliches gilt bei der Extrauterin gravidität.

Die Therapie, eingestellt in operative ohne und

mit Nachbestrahlung war bei unseren Patientinnen so verteilt, wie es die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 4

	<u>Op.</u>	<u>Ra.+Op.</u>	<u>Ra.</u>
Uterus myomatosus	15	2	1
Uterusmalignom	4	5	1
Ca-Colli	16	14	8
Ca-Corpus	3	2	-
Uterus Prolaps	3	-	-
Retroflexio uteri	3	-	-
Artef. Abort	3	-	-
Ovarialmalignom	4	23	1
Ovarialcyste	9	-	-
Tubargravidität	5	-	-
Pyosalpinx	1	-	-
Tuberkulose	1	-	-
Endometriose	-	-	1
Gutartige Genitalblutungen	1	-	2
Vaginal-Carcinom	-	2	-
Operationen am Uterus	13	-	-
ohne Angabe der Ursache	-	-	-
Operation an den Ovarien			
ohne Angabe der Ursachen	8	-	-

Unterleibsoperationen	3	-	-
Sectio cäsarea	6	-	-
Eileiterunterbindung	1	-	1
Insgesamt	87	49	14

BEHANDLUNG DES ILEUS NACH GYNÄKOLOGISCHER ERKRANKUNG UND OPERATIVEN EINGRIFFEN.

Bei 40 % der Frauen (28,3 %) unseres Kollektivs, war die konservative Therapie erfolgreich. Bei 110 Kranken (72,7 %) war der operative Eingriff trotz intensiver konservativer Vorbehandlung unumgänglich. In vielen Fällen konnte jedoch durch die Vorbehandlung, insbesondere durch Substitution der Elektrolyt- und Flüssigkeitsverluste, der Allgemeinzustand gebessert werden und dadurch das Operationsrisiko vermindert werden.

KONSERVATIVE THERAPIE

Bei den Frauen, die nach rein konservativer Therapie entlassen werden konnten (s.Seite 29 Tab. 5),

war es natürlich nicht möglich die pathologische, anatomische Ursache der Darmpassagestörung mit Sicherheit festzulegen. Viele der Patientinnen klagten jedoch über jahrelang bestehende Obstipation mit gelegentlich wiederholten Ileusattacken. Meistens wurde sogar als Beginn der Störung eine Laparatomie genannt. In diesen Fällen dürfte es sich wohl um Adhäsionsbildung handeln. Bei anderen Kranken, bei denen ein operativer Eingriff erst wenige Stunden zuvor stattgefunden hatte, dürfte es sich um einen postoperativen paralytischen Ileus gehandelt haben. Bei Malignompatientinnen wurde der bereits vorhandene anus praeter nochmals kontrolliert. Hier war die Tumorkachexie und die Metastasenbildung meist soweit fortgeschritten, daß ein größerer operativer Eingriff sinnlos gewesen wäre. Die Therapie war nach oben genannten Gesichtspunkten ausgerichtet und deshalb von Fall zu Fall verschieden. Wenn die Darmpassage wieder behoben werden konnte, so war das mit Hilfe von Dauersonden (11 mal), Wärmeapplikationen, Hypophisin, Prostigmin und Bepanthen geschehen.

Die 40 konservativ behandelten Frauen gaben an, folgende gynäkologische Eingriffe und Erkrankungen mitgemacht zu haben:

Gynäk.Erkrankungen	Op. % der		Op.+Ra.		Ra.	
		Ges. Fälle	Op.	%		%
Uterus myomatosus	7	4,7	1	0,7	-	-
Uterusmalignom	2	1,3	1	0,7	-	-
Ca-Colli	2	1,3	2	1,3	-	-
Ca-Corpus	1	0,7	1	0,7	-	-
Uterus Prolaps	2	1,3	-	-	-	-
Endometriosen	-	-	-	-	-	-
Retroflexio fixata	1	0,7	-	-	-	-
Artef. Abort	-	-	-	-	-	-
Ovarialmalignome	4	2,7	3	2	-	-
Ovarialcyste	1	0,7	-	-	-	-
Tubargravidität	1	0,7	-	-	-	-
Pyosalpinx	-	-	-	-	-	-
Gutartige Genitalblutung	-	-	-	-	-	-
Operation am Uterus	3	2	-	-	-	-
Operation an den Ovarien	4	2,7	-	-	-	-
Unterleibsoperation	1	0,7	-	-	-	-
Sectio cäsarea	2	1,3	-	-	-	-
Eileiterunterbindung	-	-	-	-	-	-

Tabelle 5

Einige unserer Krankengeschichten seien hier zur Ergänzung gezeigt:

I.

Frau W.M., 50 Jahre, Jg. 1963 Lfd.Nr.141

Familienanamnese: unauffällig.

Eigenanamnese: unauffällig.

Regelanamnese: unauffällig.

Jetzige Anamnese:

Vor drei Tagen Uterusamputation und Blasenplastik wegen Vorfall. Seit 2 Tagen Übelkeit und Erbrechen. Die Patientin wird aus der Frauenklinik mit der Diagnose Ileus überwiesen.

Befund:

50 jährige Patientin in mäßigem Allgemeinzustand. Zunge trocken, Herz und Lunge grobklinisch ohne Befund.

Puls 120/min., Temp. 38,2°

RR: 130/90 mm/Hg.

Rö.: zwei Dünndarmspiegel.

Lokalbefund:

Lein meteoristisch gebläht und diffus druckschmerzhaft. Diffuse Abwehrspannung vorhanden.

Therapie:

Die Patientin bekommt sofort eine intravenöse Dauertropfinfusion mit Flüssigkeits- und Elektrolytersatz. Nach der Gabe von Bepanthen und Prostigmin sowie auf einen Hebe- und Senkeinlauf erheblicher Stuhlgang.

Weiterer Verlauf:

Die Kranke kann zur gynäkologischen Behandlung in die Fachklinik zurückverlegt werden.

II.

Frau K.M., 30 Jahre, Jh.56 Lfd.Nr.68

Eigenanamnese:

1941 Appendektomie.

Gynäkologische Anamnese:

Zyklus regelmäßig, 8 - 10 Tage dauernd, Dysmenorrhöen. Seit 1949 chronische Pyosalpinx.

1951: Tubargravidität. 1952: Sectio cäsarea.

Die Patientin ist seit 5 Jahren ständig obstipiert, bisweilen Ileusattacken..

Jetzige Anamnese:

Seit dem vorhergehenden Tag galliges Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung, Oligurie, Koliken.

Befund:

Die 30 jährige Patientin kommt in schlechtem Allgemeinzustand in die Klinik, die Zunge ist

feucht, Atmung, Lunge und Herz sind grob-klinisch ohne Befund.

Puls: 86/min - Temp.: 37,8°

RR: 110/80 mm/Hg.

Lokalbefund:

Der Leib ist meteoristisch aufgetrieben und im linken Mittelbauch und im Unterbauch druck-schmerzhaft. Resistenzen sind nicht tastbar, Darmgeräusche nur spärlich vorhanden.

Röntgen:

Spiegelbildung im Dickdarm.

Therapie:

Auf Hebe- und Senkeinlauf, sowie die Gabe von Prostigmin kommt die Darmtätigkeit bald in Gang.

III.

Frau G.M., 48 Jahre, Jg.1959 Lfd.Nr.112

Eigenanamnese:

1959,1959 Bestrahlung wegen carcinoma colli, seit langer Zeit Stuhl nur noch bleistift-dünn.

Jetzige Anamnese:

Kolikartige Schmerzen.

Befund:

Die 48 jährige Frau ist schwer kachektisch und macht einen moribunden Eindruck.

Lokalbefund:

Stark meteoristisches Abdomen, im Unterbauch massive Resistenzen tastbar. Darmgeräusche sind nicht mehr zu hören.

Puls: 72/min.

Temp.: 37,5

RR.: 90/60 mm/Hg

Rö.-Aufnahme konnte nicht mehr gemacht werden.

Verlauf:

Die Anlage eines anus praeter ist wegen des moribunden Zustandes der Patientin nicht mehr möglich. Sie kommt kurz nach der Einlieferung auf Grund der Tumorkachexie und der Intoxikation ad exitum.

OPERATIVE ILEUSTHERAPIE

Die operativen Eingriffe waren im einzelnen folgende:

Lösung von Verwachsungen u. Briden	37	33,7 %
Anus praeter naturalis	32	29,1 %
Anus praeter sigmoideus	5	4,6 %
Anus praeter transversalis	12	10,9 %
Ileotransversostomie	21	19,1 %
Anastomose	27	24,5 %
Dünndarmfistel	16	14,5 %
Probatoria	4	3,6 %

Tabelle 6

Schlüsselt man diese Eingriffe nach der Art der vorausgegangenen gynäkologischen Operation auf, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 7

vorausgegangene gynäk. Therapie	Operation		Op.+Ra.		Ra.	
Lösung von Verwachsungen	35	31,8 %	-	-	2	1,7 %
Ileotransversostomie	14	12,7 %	5	4,5 %	2	1,7 %
Dünndarmfistel	4	3,6 %	10	9,1	2	1,7 %

Anus praeter	2	1,7 %	22	20,0 %	8	7,5 %
Probela- paratomie	-	-	4	36,6 %	-	-
Gesamtzahl	55		41		14	

Als Ursache des Ileus ließ sich in unserem Krankengut bei Operation bzw. Sektion folgender Befund nachweisen:

Vorausgegangener gynäk.Eingriff	Operation		Op.+Ra.		Ra.		Ges. zahl
	Zahl	%	Z.	%	Z.	%	
Adhaesionen	43	39,1	5	4,5	3	2,8	51 46,4
d.Tumormassen	7	6,4	35	31,9	11	10	52 47,2
Ungeklärte Ursache	2	1,7	-	-	-	-	2 1,7
Andere Ursachen	3	2,7	1	0,9	-	-	4 3,6

Tabelle 8

Wie aus Tabelle 8 ersichtlich, sind Metastasen und Adhaesionsbildung als Ileusursache etwa gleich häufig, aus diesem Grunde soll auf diese beiden Hauptursachen noch gesondert eingegangen werden.

KASUISTIK

a) Adhaesionsbildung und Laparatomie.

Bei 43 (39,1 %) unserer Kranken, die eine gynäkologische Operation mitgemacht hatten, fanden sich Adhaesionen als Ileusursache.

HÜTTL (20) gibt an, daß sich bei 4079 Laparatomisierten in 1/3 der Fälle Adhaesionen gebildet hätten. Von seinen Ileusfällen sind 49,2 % durch Adhaesionen bedingt. MC CUNE und KESHISIAN (26) nennen 60 %, BALANGERO (1) 50 % Adhaesionen als Ileusursache.

PATAKY (33) nennt 49 %, davon sind 68,5 % Frauen.

Auch SCHULZE-WARNECKE (37), VAN GELDERN (11), MIKULICZ-RADECKI (28) heben die große Neigung zu Adhaesionsbildung, vor allem nach Operationen im kleinen Becken der Frau hervor. Das zeigt, daß das Problem sowohl allgemein chirurgischer Natur ist. Einige unserer Krankenblätter sollen das Bild veranschaulichen:

I. Frau w.G., 39 Jahre Op.Jg.58 Nr. 100

Eigenanamnese:

Regelanamnese unauffällig, vor drei Jahren Appendektomie. Vor mehreren Jahren Typhus abdominale. Vor einem Jahr Verdacht auf Extrauterin gravidität, deswegen Operation. Dabei sind Uterus und Adnexe entfernt worden. Dieser Operation folgten zwei Relaparatomien wegen Nachblutung, eine davon einige Tage vor der jetzigen Aufnahme.

Familienanamnese:

unauffällig.

Jetzige Anamnese:

Die Patientin wird aus der Frauenklinik mit der Diagnose "Strangulationsileus" überwiesen.

Befund:

Die Patientin kommt in schlechtem Allgemeinzustand in die Klinik. Auffallend ist ihre motorische Unruhe. Die Zunge ist trocken und rissig. Sonst grobklinisch keine pathologischen Befunde.

Puls: 138/min; Temp.: 40,2; RR 110/90 mm/Hg.

Abdomen:

Reizlose Narbe nach Appendektomie und gynäkologischer Operation. Der gesamte Leib ist meteoristisch gebläht, starke Druckschmerzen im rechten Unterbauch. Darmgeräusche sind vorhanden.

Röntgen:

reichlich Spiegelbildung.

Diagnose:

Ileus durch Strangbildung.

Sofortige Laparatomie im Bereich der alten Operationsnarbe. Es finden sich hochgradig geblähte Dünndarmschlingen. Eine Ileumschlinge ist strangartig ins kleine Becken heruntergezogen. Das große Netz ist strangförmig zur gynäkologischen Operationsstelle hingezogen und fest mit der Amputationsstelle adhaerent. Die Verwachsungen werden gelöst und eine Dünndarmfistel wird angelegt.

Wenige Stunden nach der Operation erfolgt unter zunehmendem Zeichen der Intoxikation Exitus letalis.

II. Frau K.R., 62 Jahre, Op.Jg.58 Nr.105

Familienanamnese: unauffällig.

Regelanamnese: unauffällig.

Menopause seit mehreren Jahren. Geburten keine.

Vor 1 1/2 Jahren Ovariectomie.

Die Patientin leidet seit mehreren Jahren unter Blähungen.

Jetzige Anamnese:

Seit einigen Tagen Übelkeit, jetzt Erbrechen von Mageninhalt und Galle. Kolikartige Schmerzen, die immer mehr zunehmen.

Befund:

Die Patientin kommt in sehr schlechtem Allgemeinzustand und stark exsiciert in die Klinik. Die Zunge ist trocken und belegt. Herz und Lunge sind grobklinisch ohne Befund.

Puls: 102/min; Temp.: 36,2, RR 110/80 mm/Hg.

Abdomen:

Reizlose Operationsnarbe nach Ovariectomie.

Der gesamte Leib ist druckschmerzhaft. Ab-

wehrspannung besonders im Unterbauch. Es sind Stenosegeräusche zu hören.

Röntgen:

Abdomenübersicht im Stehen.

Multiple Spiegel im Unterbauch.

Bei der Laparatomie findet sich ein Volvulus im Bereich des Ileum, der durch einen, vom Coecum zur alten Operationsstelle verlaufenden Strang bedingt ist.

Das betroffene Ileum ist in einer Länge von 60 cm blauschwarz verfärbt und erholt sich nicht. Der nekrotische Darmanteil wird reseziert und eine Seit - zu Seit - Anastomose angelegt.

Der weitere postoperative Verlauf ist gut.

Aber nicht jede Verwachsung der Darmschlingen muß zum Ileus führen. Wie DICK (5) schreibt, werden bisweilen bei Laparatomien aus anderer Ursache oder bei Sektionen als Nebenbefund ausgedehnte Obliterationen der Bauchhöhle mit fast völliger Aufhebung eines freien Peritonealspalttes gefunden, ohne daß

dieser Zustand irgendwelche wesentlichen Beschwerden verursacht hätte. Bei anderen Kranken jedoch führten die Verwachsungen zu einem quälenden Zustand chronischer Darmpassagestörungen oder zu akuten Ileusattacken, wie die obigen Krankengeschichten zeigen. Es sind deshalb schon seit langem zahlreiche Methoden zur Verhütung der postoperativen Verwachsungen angegeben worden. Die meisten Autoren halten eine sorgfältige antiseptische Hygiene für besonders wertvoll. Die Bedeutung dieser prophylaktischen Maßnahme wird immer wieder betont. Ferner stimmen alle erfahrenen Operateure darin überein, daß Adhaesionen dann weitgehend verhindert werden können, wenn durch sorgfältiges peritonealisieren ein möglichst großer Teil des Operationsgebietes extraperitoneal gehalten wird. Weitere, ebenfalls allgemein anerkannte prophylaktische Maßnahmen sind ein möglichst zartes und gewebeschonendes Operieren, exakte Blutstillung, schonendes Absaugen sowie das Vermeiden zu heißer Kochsalzlösungen.

HÜTTL (20) hält geringste oberflächliche Serosaverletzungen und Austrocknung der Serosa für sehr begünstigend und schädlicher als oberflächliche mechanische Verletzungen. Darüberhinaus wurden und werden zahlreiche Methoden genannt, von denen sich bei manchen allerdings herausstellte, daß die die Bildung von Adhaesionen sogar noch förderten. So Versprach man sich zum Beispiel von der Sulfonamidäre vom Einbringen der MP-Puder in die Bauchhöhle einen wesentlichen Fortschritt. Auf diese Weise sollte das Entstehen von Entzündungen im Bauchraum verhindert werden. Es kam jedoch durch das Talkum, die Trägersubstanz des Puders zur Bildung von Fremdkörpergranulationen auf dem Peritoneum und damit zu Adhaesionen(RUEFF und KRAFT). Aber auch nach Weglassen des Talkums wurden die Ergebnisse nicht besser. Wie HAAR (14) an Tierversuchen nachwies, ist der Grund hiefür, Auskristallisation der verschiedenen Sulfonamide auf der Serosa. Andere Autoren machten Versuche mit Oel, Äther, Paraffin und Traubenzuckerlösungen.

Diese Mittel, sie sollten teils als Gleitmittel dienen, teils sollten sie einen serösen Reizerguß hervorrufen. Die Versuche mit galvanischen Bauchdeckenreizungen erwiesen sich ebenfalls als erfolglos. Später veröffentlichte dann NOBLE (31) auf Grund seiner, im ersten Weltkrieg gesammelten Erfahrungen, sein Darmfaltungsverfahren, das heute noch zahlreiche Anhänger hat.

THOMSCHECK (40) machte Versuche an Ratten, er nützte die antiphlogistische Wirkung des Cortison, die nach Zugabe eines Breibandantibiotikums, erfolgreich waren. Die Wirkung bestand in einer Hemmung der Fibroblastensprossung. SCHWAIGER (38) vertritt jedoch die Meinung, daß eine Bindegewebshemmung bei solchen Versuchen nur zwischen dem dritten und sechsten Tag nachweisbar ist. Nach 6 Wochen bestehe kein Unterschied mehr in der Adhaesionshäufigkeit zwischen Versuch und Kontrollierten.

NIEDERER (30) empfiehlt Polygalakturonsäure.
KUBANY (22) Transplantation von Amnion.

An unserer Klinik werden heute diese Methoden jedoch abgelehnt.

Die besondere Häufung der Adhaesionen nach gynäkologischen Operationen findet in der Literatur folgende Erklärungen:

MIKULICZ-RADECKY (22) nennt als Grund dafür, daß der Gynäkologe mehr als der Chirurg gezwungen ist, das Operationsgebiet mit großen Bauchtüchern freizuhalten. Dadurch wird natürlich die Serosa geschädigt. Diese kleinen Serosadefekte können, wie PAYR (33) an Tierversuchen nachwies, schon nach Stunden zur Verklebung führen.

Nach VAN GELDERN (11) liegt die vermehrte Gefahr der Adhaesionsbildung auch daran, daß im weiblichen Becken mehr kleine Infektionsherde, z.B. chronische Adnexitiden vorhanden sind, die durch die Operation zum Aufflackern gebracht werden.

SCHULZE-WARNECKE (37) hält außerdem eine verminderte Resorptionsfähigkeit im kleinen Becken gegenüber der Bauchhöhle für gegeben.

b) Adhaesionsbildung und Stenose durch Radio.

Eine, in der Literatur häufig beschriebene Darmschädigung nach Bestrahlung ist die Rectumscheidenfistel.

Kaum Beachtung finden jedoch radiogene Sigmastrikturen mit Subileus und Rectumstenosen durch parametrane Strahlenfibrose, die nach BUCHMANN (4) nicht sehr selten sind.

STÖCKL (40) gibt die Gesamtzahl aller Schäden an Darm, d.s. Ulcerationen, Nekrosen, Stenosen und Fisteln mit 1 % an.

LÜDECKE (24) meint, daß es vor allem nach Unterleibsoperationen mit Adhaesionen, die Teile des Sigmas oder des Rectums im kleinen Becken fixieren, zu Schädigungen kommen kann, da durch die Fixierung bei jeder Sitzung die gleichen Darmabschnitte der Bestrahlung ausgesetzt sind.

Bei unseren Kranken ließ sich in 2 Fällen = 1,7 % die Bestrahlung mit einiger Wahrscheinlichkeit für die Verwachsungen oder die Verklebungen verantwortlich machen. Eine Frau wurde mit einer Perforationsperitonitis eingeliefert.

c) Lokalisation der Strangbildungen und
des dadurch entstehenden Ileus.

Aus unseren Operationsbefunden war zu er-
sehen, daß in 23 Fällen die Strangbildung
mit Sicherheit im Bereich des gynäkologi-
schen Operationsgebietes lag. Die Passage-
behinderungen im Darm fanden sich an folgen-
den Abschnitten:

	<u>Op.</u>	<u>Op.+ Ra.</u>	<u>Ra.</u>
Dünndarm	25	1	1
Ileum-Cecum	9	2	-
Sigma	6	2	2
Nicht feststellbar	3	1	-

Tabelle 9

d) Folge der Strangbildung.

	<u>Op.</u>	<u>Op.+ Ra.</u>	<u>Ra.</u>
Stenosierung	16	2	2
Stragulation	13	1	-
Volvolus	9	-	-
Multiple Adhaesionen	4	2	-
Invaginationen	1	-	-

Tabelle 10

d) Ileus durch Metastasierung oder kontinuierliches Übergreifen gynäkologischer Malignome.

In den hierfür angeführten Fällen war der Ileus in der Mehrzahl durch Einmauern des kleinen Beckens durch Metastasen bedingt, d.h., durch Kompression der Darmschlingen von außen. In einigen Fällen auch durch Verklebung von Darmschlingen und Tumormassen. Zweimal fand sich eine Strangulation durch Strangbildung zwischen Tumor und Darm. Die Metastasierung war meistens soweit fortgeschritten, daß es nicht möglich war, die Ileusursache auf einen bestimmten Darmanteil zu lokalisieren.

Aus der Untersuchung von HANNEMANN (16) an 662 Sectiokontrollen geht die außerordentliche Metastasierungsneigung der weiblichen Genitalmalignome hervor.

Dabei zeigt sich, daß in 1/3 der Fälle Ureter, Sigma und Rectum durch Metastasen oder Verklebung befallen waren. Auf die einzelnen Teile des Magen-Darmtraktes vereilte sich

die metastatische und direkte Ausdehnung
in folgender Häufigkeit:

Rectum	21,8 ‰
Sigma	5,7 ‰
Dünndarm	9,1 ‰
Douglas	9,1 ‰

Bei der Aufgliederung der einzelnen
Genitalkrebse ergab sich folgendes Bild:

a) Kontinuierliches Übergreifen auf die
Umgebung:

bei Vulva-Ca auf das Sigma	8,7 ‰
bei Collum-Ca auf das Rectum	2,7 ‰
bei Collum-Ca auf das Sigma	0,7 ‰
bei Ovarial-Ca auf das Rectum	2,7 ‰
bei Ovarial-Ca auf das Sigma	2,1 ‰
bei Ovarial-Ca auf den Dünndarm	4,7 ‰

b) Metastasierung:

bei Portio-Ca auf das Sigma	4,3 ‰
bei Ovarial-Ca auf das Rectum	1,4 ‰
bei Ovarial-Ca auf das Sigma	3,4 ‰
bei Ovarial-Ca auf den Dünndarm	9,6 ‰.

Ergänzend seien einige Fälle aus unseren
Krankenblättern angeführt:

1) Frau Sch.M., 53 Jahre, Op.Jg. Nr.65

Familienanamnese: unauffällig.

Eigenanamnese:

1951: Bestrahlung wegen Ca Colli.

1955: Radiumeinlage und Röntgentiefenbe-
strahlung.

Regelanamnese: unauffällig.

Menopause seit 1951.

Jetzige Anamnese:

Seit 3 Wochen subileusartige Beschwerden,
Stuhlgang nur nach Einlauf möglich. Seit
8 Tagen auch auf diese Art kaum Stuhlgang.

Befund:

Die 53 jährige Patientin ist im schlechten
Allgemeinzustand.

Puls: 82/min; Temp.: 37, RR: 100/80 mm/Hg.

Lokalbefund:

Das ganze Abdomen ist diffus druckschmerz-
haft und meteoristisch gebläht. Resisten-
zen sind nicht tastbar. Darmgeräusche sind
deutlich zu hören.

Operation:

Bei der Laparatomie findet man ein von Tumoren völlig ausgemauertes kleines Becken. Dadurch wird der Mastdarm hochgradig obturiert. Einige Dünndarmschlingen sind mit dem Tumor völlig verbacken. Es wird eine anus praeter naturalis angelegt.

Postoperativer Verlauf:

Die Funktion des anus praeter ist gut., jedoch gerät die Kranke zunehmend in einen uraemischen Zustand. Sie kommt 13 Tage nach der Operation durch ein uraemisches Koma ad exitum.

2) Frau Z.Z., 54 Jahre, Op.Jg. Nr.80

Eigenanamnese:

Regelanamnese: unauffällig. Schwangerschaft keine. Menopause seit 1954.

Seit 6 Monaten Bestrahlung wegen Collum-Ca.

Jetzige Anamnese:

Seit 10 Tagen Übelkeit; seit 2 Tagen

Sistieren von Stuhl und Winden. Erbrechen.

Befund:

Die 54 jährige Patientin kommt in kachetischem Zustand in die Klinik. Lunge und Herz sind grobklinisch ohne Befund.

Puls: 120/min; Temp.: 37,6, RR 120/70 mm/Hg.

Röntgen:

Spiegelbildung vorhanden. Zunge feucht.

Lokalbefund:

Das gesamte Abdomen ist diffus druckschmerzhaft empfindlich. Im Mittelbauch ist eine handtellergröße Resistenz tastbar, außerdem ist Ascites vorhanden. Hebe- und Senkeinläufe sind erfolglos, die intravenöse Gabe von Prostigmin ebenfalls.

Operationsbefund:

Das große Netz ist zu einem faustgroßen Tumor- Konglomerat geschrumpft, jedoch findet sich keine Sigmaeinmauerung. Der Ileus ist durch 6 Liter Ascites paralytisch bedingt. Aus diesem Grunde werden keine weiteren Maßnahmen getroffen.

Postoperativer Verlauf:

Der Ascites läuft sehr rasch nach. Unter zunehmenden Intoxikationserscheinungen kommt die Patientin 10 Tage post operationem im Koma uraemicum ad exitum.

Sektionsbefund:

Schwielignarbige Induration des collum uteri mit Schrumpfung. Am corpus uteri und am parametrium zeigt sich ein ähnliches Bild. Es findet sich eine hochgradige Carcinose des omentum majus. Sämtliche Darmschlingen sind stark gebläht.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden die Krankenunterlagen von 150 Patientinnen aus der Zeit von 13 Jahren und zwar von 1950 - 1963, bei denen die Diagnose Ileus gestellt worden war, ausgewertet.

In allen Fällen war der Darmpassagestörung ein gynäkologischer Eingriff vorausgegangen. Bei 110 Frauen wurde die Passagestörung operativ behoben. Bei 40 Kranken konnte die Therapie auf konservative Maßnahmen beschränkt bleiben.

Der vorausgegangene gynäkologische Eingriff war bei 87 Patientinnen = 57,9 % rein operativ, bei 49 Patientinnen = 32,7 % waren die Operation und Bestrahlung miteinander kombiniert. Bei 14 Patientinnen = 9,3 % war nur bestrahlt worden. Die ursächliche gynäkologische Erkrankung war bei 51 Kranken = 47,3 % ein Genitalmalignom und zwar bei 43 Kranken = 28,6 % ein Gebärmuttercarcinom und bei 28 Kranken = 18,7 % ein Eierstockcarcinom.

Als Ileusursache fanden sich in 51 Fällen = 46,4 % der 110 operativ behandelten Ileuspatientinnen Adhaesionen, in 52 Fällen = 47,2 % Tumoren.

Nach rein operativer gynäkologischer Therapie fanden sich Adhaesionen bei 43 Pat. = 39,1 %, nach reiner Bestrahlungstherapie bei 2 Pat. = 1,7 % und nach der kombiniert operativ- radio-gener Behandlung bei 5 Pat. = 4,5 %.

Tumoren verursachten den Ileus bei nur operierten Patientinnen 7 mal = 6,4 %, bei nur Bestrahlten 11 mal = 10 % und bei Bestrahlten und Operierten 35 mal = 31,9 %.

Von operativen Maßnahmen wurden durchgeführt: Lösung von Verwachsungen 37 mal = 33,7 %, Umgehungsanastomosen 21 mal = 19,1 %, anus praeter naturalis 32 mal = 29,1 %, Dünndarmfistel 16 mal = 14,1 %.

In 4 = 3,6 % der Fälle wurde ein Eingriff als Probelaaparatomie beendet.

L I T E R A T U R

- 1) BALANGERO, R.: Postoperativer Darmverschluss,
J.int.coll. of surg.Chig.18,(1952) 737.
- 2) BILGUTAY et al: A new concept on the treatment of ileus,
Ann. surgery 158 (1963) 338
- 3) BOLLINGER und NABERS: Der akute Dünndarmverschluss,
Amer. geriat. soc 3 (1955) 817,
- 4) BUCHMANN: Darmschäden dch.intravaginale Körperhöhlen-
bestrahlung, Zbl.f.Gynäk.22 (1956) 874,
- 5) DICK: Die Darmpassagestörungen in "Klinische
Chirurgie f.d.Praxis", Thieme Verlag
Stuttgart 1960.
- 6) DELLEPIANE, PAZZAGLIA: Sevréal peritone visceral complicated of
gynäk.treatment.Min.gin ec.14 (1962) 118.
- 7) DRESCHER: Beitrag z.Behandlung des Darmverschlusses,
Zbl.f.Chir. (1954) 824.
- 8) FUCHSIG und MARESCH: Zur Pathologie u. Klinik des Ileus,
Wien.klin.Wchschr. 2 (1947) 30.
- 9) FUTORNY: Intestinal obstructions after gynec.
diseases and operations. Acus ginec
38 (1962) 91.
- 0) GALEN: Zitiert bei Kleinschmid (21).
- 1) GELDERN: Über den Darmverschluss gynäkologischer
Herkunft. Ärztl.Wchschr.(1948) 688.
- 2) GERHARD: Operative Eingriffe bei Dünndarmverschluss,
Zbl.f.Gynäk. (1957) 1784.
- 3) GRAUPNER: Zitiert bei Reifferscheid.
- 4) HAAR: zitiert bei Stich.
- 5) HABERER: zitiert bei Reifferscheid.
- 6) HANNEMANN: Über die Häufigkeit der Übergreifens von
weiblichen Genitalmalignomen auf das Becken-
bündewebe und die benachbarten Darmab-
schnitte sowie Urethra, Blase und Harn-
leiter.
- 7) HEGEMANN: Ileus. Chir.Praxis 5 (1961).
- 8) HIPPOKRATES: zitiert bei Kleinschmid.
- 9) HEUSSER: Die Erkennung und Behandlung des akuten
Darmverschlusses. Vorträge aus der Prakt.
Chir., 6.Heft, F.Enke-Verlag, Stuttgart.

- 20) HÜTTL: Bedeutung mechanischer u. chemischer Einflüsse in der Pathogenese peritonealer Adhaesionen, Zbl.f.Chir. (1961) 685.
- 21) KLEINSCHMID und HOHLBAUM: Chirurgie des Darmes in "Die Chirurgie" Bd.6, Urban & Schwarzenberg, Wien.
- 22) KUBANY: Verhinderung neuerlich zu Ileus führender Adhaesionen durch Transplantation von Amnion, Zbl.f.Cir. 80 (1955) 189.
- 23) KRAMER: zitiert bei Reischauer.
- 24) LÜDECKE: zitiert bei Buchmann.
- 25) MARTIUS: Lehrbuch der Gynäkologie, Thieme Verlag, Stuttgart.
- 26) Mc CUNE, KESHISHIAN: Der postoperative Darmverschluß, Surg.gynec.obstet.96 (1953) 567.
- 27) MELODIY: Intestinal obstruction following gynec operat., I.inter.coll. surg. 35 (1962) 283.
- 28) MIKULICZ-RADECKI: Biologie des Weibes, Bd.6, in Seitz-Amreich, Urban Schwarzenberg, Wien.
- 29) MUSNUG: Verhütung von intraabdominalen Verwachsungen mit Periston, Zbl.f.Chir. 27 (1956) 534.
- 30) NIEDERER: Verhütung postoperativer Verwachsungen, Zbl.f.Chir. (1958) 932.
- 31) NOBLE: Zitiert bei Reifferscheid.
- 32) PARKER: Zitiert bei Reifferscheid.
- 33) PATAKY: Statistische Auswertung von 278 operierten Ileusfällen, Zbl.f.Cir. 81 (1956) 648.
- 34) F.RUEFF u.W.KRAFT Untersuchungen über die intraperitoneale Antibiotika-Medikation.
- 35) REIFFERSCHIED: Darmchirurgie, Thieme Verlag Stuttgart.
- 36) REISCHAUER: Über die Evipanbehandlung des recidivierenden Adhaesionsileus. Langenbecks Arch. f.klin.Chir.62 (1953);
- 37) SCHULZE&WARNECKE: Ileus nach gynäk.Operationen, Zbl.f.Chir.23;
- 38) SCHWAIGER: Zitiert in Klin.Chir.f.d.Praxis, Thieme Verlag Stuttgart;
- 39) STICH: Der Darmverschluß, Gruyter Verlag, Berlin;
- 40) STÖCKL: Lehrbuch d.Gynäkologie, Hirzel-Verl., Leipzig;

- 40) THOMASCHECK: Experimentelle Untersuchungen über Adhaesionseinschränkung im Bauchraum der Ratte durch intraperitoneale Hydrocortisongaben, DMW (1959) 1710, 2154;
- 41) WILMS: Zitiert bei Stich.
- 42) WIST: Intestinal obstruction following gynec operations, Ann chir.gynec.Fenn.(1952) 59.

LEBENS LAUF.

Ich, Monika H o h l b a u m , wurde am 6.11.1938 in Jägerndorf/CSR. als Tochter des Facharztes Dr. Erich Hohlbaum und seiner Ehefrau Margarete, geb. Schuster, geboren.

Nach dem Besuch von 4 Klassen Volksschule trat ich 1950 in das Humanistische Gymnasium in Weißenburg ein, wo ich 1959 die Reifeprüfung bestand. Im Wintersemester des gleichen Jahres begann ich an der Universität Erlangen das Studium der Humanmedizin und legte dort 1962 die ärztliche Vorprüfung ab. Die folgenden Semester studierte ich an den Universitäten Tübingen, Innsbruck und zuletzt München, wo ich 1965 die ärztliche Prüfung bestand.

Während meiner Medizinalassistentenzeit war ich in Dülmen (Westfalen), Weißenburg (Bayern) und zuletzt in Kassel an der neurologischen Klinik.

